FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1906-1907 N° 20

CONTRIBUTION A L'ETUDE 27.

DE

L'HÉMOPHILIE ARTICULAIRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 8 Juin 1907.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René Gaston VANNIERRE

Né à Carignan (Ardennes)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	MM. WEISS	professeur	*Président.*
	ROHMER	professeur	*Juges*
	FRŒLICH	agrégé	
	LAMBERT	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ERNEST CLAUDE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

IMPRIMERIE HÉRÉ 15, RUE HÉRÉ

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1906-1907 N° 20

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'HÉMOPHILIE ARTICULAIRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 8 Juin 1907.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René Gaston VANNIERRE

Né à Carignan (Ardennes)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	MM. WEISS	professeur	*Président.*
	ROHMER	professeur	*Juges*
	FRŒLICH	agrégé	
	LAMBERT	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
ERNEST CLAUDE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
IMPRIMERIE HERE 15, RUE HÉRÉ

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✻, I ❦.
Assesseur : M. BERNHEIM, ✻, I ❦.
Professeur honoraire : M. BEAUNIS ✻. I ❦.

Professeurs

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✻, I ❦, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✻, I ❦, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER ✻, I, professeur
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ❦, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS ✻, I ❦, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ❦, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ❦, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ❦, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ❦, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ❦, professeur.
Physiologie	M. MEYER, I ❦, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ❦, professeur.
Histologie	M. PRENANT, I ❦, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ❦, professeur.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ❦, professeur.
Médecine légale	M. PARISOT, I ❦, professeur.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSTHALTER, I ❦, professeur.

Professeurs-adjoints

Professeur adjoint	M. GUILLOZ, I ❦.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ❦, chargé du cours.

Cours complémentaires

Clinique des maladie des vieillards	M. ETIENNE, I ❦, agrégé lib ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✻, I ❦, agr. lib. ch. du cours
Accouchements	M. SCHUHL, I, ❦, agr. lib. ch. du cours.
Fondation de l'Université — Clinique d'orthopédie	M. FRŒLICH, I, ❦, agr. lib. ch. du cours.
Fondation de l'Université — Clinique d'électrothérap.	M. GUILLOZ, I ❦, prof-adjoint, ch. du cours.
Fondation de l'Université — Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, A ❦, agr. lib. ch. du cours.
Fondation de l'Université — Clinique des voies urin.	M. ANDRÉ. A ❦, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, A. ❦, chargé du cours.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, A ❦, agr., ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, A ❦. ANDRÉ. A ❦. SPILLMANN, A ❦.

MM. MICHEL, A ❦. HOCHE, A ❦. RICHON.

MM. G. GROSS, A. ❦. FRUHINSHOLTZ. WEBER A ❦.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✻, I, ❦. REMY, A ❦, FÉVRIER, ✻, I, ❦, ETIENNE, I ❦. ZILGIEN, A ❦, FRŒLICH, I ❦, SCHUHL, I ❦, JACQUES, A ❦.

M. E. LAMBERT DES CILLEULS, (M), I ❦, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertation qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PERE

A MA MÉRE

A MON FRÈRE

MEIS & AMICIS

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRŒLICH

Le sujet de cette thèse nous a été donné par Monsieur le professeur agrégé Frœlich. Avec sa parfaite amabilité et sa constante bienveillance, il nous a guidé dans nos recherches bibliographiques, aidé de ses conseils éclairés dans toutes les parties de ce travail. Peut-être en nous indiquant ce sujet s'attendrait-il à le voir mieux traité : si nous ne pouvons répondre de la science de l'éléve, nous pouvons au moins l'assurer de nos meilleurs sentiments de reconnaissance.

Nous désirons adresser tout particulièrement nos remerciements les plus sincères à Monsieur le Professeur Weiss : non seulement nous conservons un souvenir excellent des leçons magistrales qu'il nous a données à sa clinique avec une science si communicative et une bienveillance de tous les instants, mais nous sommes très touché qu'il ait bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur Rohmer qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre vive sympathie. Il a su nous rendre intéressants, attrayants, les éléments de la science si aride de l'ophtalmologie. L'amabilité qu'il n'a cessé de nous témoigner, aussi bien en dehors de la Faculté qu'à la Faculté même, a laissé dans notre cœur des souvenirs ineffaçables.

Nous associerons dans la même pensée tous nos professeurs de Clinique qui nous ont initié aux différents services de la science médicale.

Mais nous n'aurions pas accompli tout notre devoir si nous ne nous rappelions nos premières années d'étude, si nous ne pensions aux premiers maîtres qui nous ont accueilli à la Falculté avec tant de cordialité et de sympathie, et nous ont témoigné pendant tout le cours de nos travaux une bienveillance qui ne s'est jamais démentie ; en particulier à Monsieur le Professeur agrégé Lambert, que nous avons eu le bonheur de posséder comme condisciple dans nos études de sciences naturelles à la Faculté des Sciences, — à Monsieur le Professeur Bouin, — à Monsieur le Professeur agrégé Ancel, — nous désirons offrir ce faible témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude particulière qui fait l'objet de ce travail, il est utile, croyons-nous, de résumer succinement les notions que nous possédons sur la pathogénie de l'hémophilie en général.

L'hémophilie présente à considérer deux ordres de faits : d'une part, la facilité avec laquelle se produisent les hémorragies chez les sujets atteints de la diathèse, à propos des causes les plus bénignes, ou même sans cause aucunement apparente ; d'autre part l'abondance de ces hémorragies, la difficulté et souvent même l'impossibilité de les arrêter. A ces deux ordres de faits correspondent deux ordres de lésions : une lésion organique et un trouble fonctionnel.

La susceptibilité particulière des hémophiles vis-à-vis des moindres traumatismes s'explique par une lésion vasculaire, soit par une friabilité excessive des parois (parois trop minces ou ayant subi la dégénérescence graisseuse selon VIRCHOW), qui ainsi se rompront avec la plus

grande facilité sous l'action d'un agent externe ou d'une faible augmentation locale de tension (épistaxis, hématurie). Soit encore par une perméabilité anormale de ces parois : hémorragies par diapédèse selon SAHLI.

Le second facteur de l'hémophilie, abondance et persistance des hémorragies, est de beaucoup le plus important. Aujourd'hui, on a complètement renoncé à lui trouver une cause anatomique. On ne fait plus intervenir un vice vasculaire (contractilité insuffisante, innervation défectueuse). On a démontré que le sang était morphologiquement normal. La proportion d'extrait sec est identique, ce qui ruine la théorie de l'hydrémie sanguine défendue par ŒRTEL.

La quantité de fibrine correspond à la normale. Il n'y a pas défaut d'alcalinité, et la pression osmotique ne présente aucune différence. Ce qui existe, c'est un défaut de coagulation. Il est bien démontré actuellement que l'on faisait fausse route en recherchant dans le sang des hémophiles la présence de substances anticoagulantes. Le défaut de coagulation est dû à une insuffisance de la sécrétion de ferment coagulant.

Normalement, en effet, le sang se coagule par le processus suivant: Les globules blancs abandonnent au plasma le profibrinferment, qui est transformé en fibrinferment ou thrombine par les sels de chaux dissous dans ce plasma. Le fibrinferment dédouble le fibrinogène dissous dans le plasma en fibrine, qui se précipite, et en fibrinoglobuline qui reste en suspension dans le sérum

Dans la formation du caillot obturateur, SAHLI admet que les cellules de l'endothélium du vaisseau voisines de la déchirure, jouissent également de la propriété de secréter le profibrinferment.

Chez les hémophiles, au contraire, ce ferment coagu-

lant ferait défaut, ou serait altéré. Il y aurait dysthrombasie. C'est pourquoi EMILE WEIL, qui a publié des travaux remarquables sur cette question, a pensé que l'apport de traces de thrombase par l'addition de sérum humain, ou même animal, permettrait au sang hémophile de se coaguler normalement. L'expérience a démontré qu'il ne s'agissait par là de simples vues théoriques, et nous verrons plus loin l'importance thérapeutique considérable des conséquences qu'on en a déduites.

HISTORIQUE

Le retentissement de la diathèse hémophilique sur les articulations n'est bien connu que depuis une époque relativement récente. Sans doute, on signalait de temps à autre des accidents articulaires dus à l'hémophilie. OTTO, en 1803, en observe quelques cas en Amérique ; LEBERT, en 1837, parle, sans d'ailleurs y attacher d importance, des douleurs articulaires chez les hémophiles ; vers la même époque viennent les observations de TARDIEU et de DUBOIS DE NEUCFHATEL. Ce dernier donne une explication pathogénique qui, plus tard, sera confirmée par KŒNIG.

GRANDIDIER, en Allemagne, et SCHNEPF, en France, décrivent d'une façon précise, en 1855, l'hémophilie et les arthropathies hémophiliques, et essaient d'expliquer la pathogénie de ces affections.

En 1871, PONCET, de Lyon, publie l'autopsie d'un malade atteint d'arthrite hémophilique et décrit les lésions

articulaires, mais paraît vouloir rattacher ces arthropathies au rhumatisme.

Toujours, en effet, certains auteurs se demandaient si réellement la lésion articulaire avait quelque rapport avec l'hémophilie, ou s'il ne s'agissait pas d'une coïncidence toute fortuite entre l'hémophilie et le rhumatisme articulaire.

Ce n'est qu'en 1892 que paraît l'excellent travail de Kœnig où la question est bien approfondie. Cet auteur, ayant eu deux cas de mort par hémorragie à la suite de résections du genou pratiquées pour des arthrites que l'on pensait tuberculeuses, étudie la marche et l'anatomie pathologique des lésions, et reconnait qu'elles sont dues à l'hémophilie articulaire.

Depuis, des travaux importants ont été produits sur cette question. Citons ceux de Linsner, en 1896, de Gocht, en 1899, de Tileman, en 1900, de Mermingas en 1902.

En 1898, Sabrazès et Cabannes établissent les données radiographiques très utiles au point de vue du diagnostic. La thèse de leur élève Thébaut résume la question.

L'observation de Nové-Josserand en 1899, un cas de Chaves et Spéroni en 1903 donnent de nouveaux aperçus sur les modalités de l'affection.

Signalons une excellente leçon de Broca publiée en 1904.

Dans la même année dans un travail du plus haut intérêt, M. le Professeur Frœlich étudie la question et la met au point en y ajoutant un certain nombre d'observations personnelles. L'année suivante il la complète en nous faisant connaître l'hémophilie articulaire tardive. Ces dernières publications surtout nous ont été d'un grand secours pour la confection de ce travail, où nous nous efforcerons de résumer le plus complètement possible l'histoire de l'hémophilie articulaire.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

L'étiologie des arthrites hémophiliques se confond en partie avec l'étiologie de l'hémophilie en général. Nous allons en résumer les faits les plus importants.

Hérédité. — L'hérédité entre en jeu dans la très grande majorité des cas ; elle obéit à certaines lois formulées par Grandidier, que nous reproduisons d'après le travail de MM. Sabrazès et Cabannes :

« 1° Des hommes hémophiles, nés de famille hémophile, « engendrent avec des femmes saines descendant de fa- « mille non hémophile des enfants sains, tandis que parmi « les enfants de femmes issues de famille hémophile, sans « être elles-mêmes hémophiles, on trouve des enfants « hémophiles.

« 2° Des hommes non hémophiles issus de famille hémo-
« phile, engendrent avec des femmes saines, nées de
« famille non hémophile des enfants sains, tandis que
« parmi les enfants de femmes issues de famille hémo-
« phile, sans être elles-mêmes hémophiles, on trouve
« des enfants hémophiles ».

Cependant, à côté de la diathèse héréditaire, il existe une forme sporadique, se manifestant dès le jeune âge, récemment remise à l'étude par Emile Weil, et à laquelle une déchéance organique ne paraît pas étrangère.

Enfin au 4e Congrès de la Société de chirurgie orthopédique allemande, M. le Professeur Frœlich a attiré l'attention sur une forme spéciale et rare de l'hémophie où la diathèse n'apparaît que tardivement et n'est pas nécessairement héréditaire.

Sexe. — L'hémophilie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. — D'après Grandidier les femmes ne seraient frappées que dans la proportion de 1/13e.

Gocht et MerminGas, à l'aide de tableaux généalogiques, montrent que, dans une même famille, alors que les femmes restent indemnes, tous les individus masculins sont atteints par la diathèse.

Linsner cite le cas d'une femme dont deux frères meurent d'hémorragie, et quatre autres sont hémophiles. Cette femme a douze enfants : cinq filles indemnes et sept fils, dont les quatre aînés ont des arthrites hémophiliques.

Lossen reconstitue à travers quatre générations l'histoire d'une famille hémophile, et montre que l'hémophilie y a toujours épargné les filles et frappé régulièrement les garçons. La transmission héréditaire se faisait toujours par les femmes.

Si l'on tient compte de la fécondité habituelle des hémophiles, les deux facteurs qui viennent d'être examinés expliquent comment se propage la race, par l'intermédiaire des femmes, généralement indemnes, et cela malgré la mortalité excessive des hémophiles, puisque, d'après LITTEN, 60 o/o meurent avant huit ans, et à peine 11 o/o dépassent 22 ans.

Remarquons cependant que l'immunité des femmes vis-à-vis de l'hémophilie n'est pas absolue, et au cours de ce travail nous citerons (Obs. II) le cas d'une jeune hémophile, née d'un mère hémophile.

Climat. — L'hémophilie est surtout fréquente dans les climats froids, dans les régions septentrionales, dans les pays anglo-saxons. Elle est rare en France et dans les contrées méditerranéennes.

Fréquence relative de l'hémophilie articulaire. — Les manifestations articulaires de l'hémophilie sont très fréquentes. GOCHT et LINSNER ont montré que l'absence de lésions articulaires était exceptionnelle chez les sujets atteints de la diathèse.

Hygiène. — On incrimine le froid et l'humidité. Les fluxions articulaires seraient plus fréquentes au printemps et à l'automne. De mauvaises conditions hygiéniques, des logements insalubres, humides pourraient provoquer les accidents.

Age. — Ce n'est que lorsque l'enfant commence à marcher que les manifestations se produisent, LIGORIO cite un malade de deux ans. Mais le plus souvent l'arthropathie ne se manifeste que pendant l'adolescence. Les hémophilies articulaires deviennent beaucoup plus rares dans l'âge adulte. On a cependant relaté l'histoire d'un malade de 36 ans (SABRAZÈS et CABANNES). Nous rapporterons, d'après M. le Professeur FRŒLICH, le cas

de deux malades âgés l'un de 25, l'autre de 32 ans.

Traumatisme. — Il est inutile d'insister sur l'importance de ce facteur. Les contusions les plus légères, une fatigue, un effort, sont susceptibles de provoquer l'arthropathie. Souvent même la fluxion paraît se produire indépendamment de tout traumatisme.

Articulations atteintes par la lésion. — Toutes les articulations peuvent être frappées. Par ordre de fréquence, le genou vient en première ligne, puis la hanche. Ensuite, mais plus rarement, viennent le coude, les doigts, le poignet, et enfin le cou de pied.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Kœnig distinguait trois stades dans l'évolution de l'hémophilie articulaire. Le premier stade, stade de l'hémarthrose était caractérisée par un épanchement de sang fugace dans l'articulation. Le second, stade de l'arthrite, consistait en une sorte d'hydarthrose chronique. Le troisième, stade des déformations, englobait les phénomènes d'ankylose et les vices de position.

En réalité, il est exceptionnel que cette évolution soit complète ; l'un des stades ne se transforme pas fatalement dans le suivant. La clinique ne permet donc pas de conserver la distinction de Kœnig, et, avec M. le Professeur Frœlich, nous admettrons quatre formes articulaires de l'hémophilie : 1° forme aiguë, 2° forme subaiguë, 3° forme chronique, 4° forme tardive. Remarquons dès à présent

que la forme aiguë ne devient jamais chronique, et que la forme subaiguë ne le devient que rarement. Quant à la forme tardive, sa symptomatologie est très voisine de l'hémophilie articulaire chronique.

1° Hémophilie articulaire aigue.

La forme aiguë de l'hémophilie articulaire offre de trè grandes ressemblances avec les manifestations ostéo myélitiques, et les simule à ce point que des erreurs graves de diagnostic et de traitement ont pu être commises.

Dans cette forme, l'affection se traduit par une série d'accès aigus répétés à intervalle plus ou moins éloignés et accompagnés de symptômes alarmants.

L'accès survient le plus souvent avec une brusquerie et une spontanéité suspectes. Shaw, cependant, rapporte un cas où chaque accès était précédé de phénomènes prodromiques consistant en douleurs lancinantes dans les orteils du membre atteint.

Le malade, jusque là bien portant, est pris brusquement d'une douleur excessivement violente au niveau d'une articulation, la hanche ou le genou en général, et cela sans cause aucune (Obs. I), où bien à la suite d'un traumatisme insignifiant, d'une marche (Obs. II) etc.

Ces douleurs s'irradient dans le membre atteint. Elles s'exacerbent à la moindre tentative de mouvement, et à la pression.

Le malade est couché sur le côté sain, immobile.

Le gonflement se manifeste rapidement. Tout d'abord localisé à la région atteinte, il s'étend ensuite au voisinage. Il se présente sous un aspect pâle semblable à un œdème blanc et dur.

La température apparaît dès le premier jour, elle atteint 39°-40°.

Le pouls est à 120 et au-dessus.

Puis, peu à peu, les phénomènes s'amendent. La fièvre diminue, les douleurs sont moins vives, le gonflement s'atténue, et, du sixième au dixième jour, tout rentre dans l'ordre. Seule subsiste encore au voisinage de l'articulation atteinte une ecchymose plus ou moins prononcée qui restera visible pendant quelques jours encore. L'accès est terminé.

Toujours, dans cette forme aiguë, la guérison est complète après la crise. Aucun reliquat ne subsiste dans la jointure.

Les crises se répètent avec des symptômes analogues, à des intervalles plus ou moins rapprochés : tous les quinze jours, ou après six à huit mois (Obs. I), et cela au niveau de la même articulation, ou d'une nouvelle ; hanche, genou, coude, poignet, qui jusque-là avait été épargnée. Le nombre des accès dont sont frappés les hémophiles est considérable. La quarantaine est un chiffre fréquemment constaté, et souvent dépassé. Il le serait certainement toujours sans la mort des malades jeunes.

OBSERVATION I

Du Docteur Treff de Gondrecourt
Publiée par M. le Professeur FRŒLICH.

Arthrite hémophilique de la hanche

Jeune homme de 20 ans, ouvrier ferblantier chez son père, à Grand (Vosges).

Antécédents héréditaires : Rien à noter du côté des parents immédiats, qui sont forts et bien portants ; une sœur en bonne santé.

Le grand-père maternel était hémophilique et rhumatisant. Un frère du malade est mort à 12 ans d'une épistaxis. C'était un garçon gros et fort, mais lymphatique et pâle. Il souffrait au moment de sa mort d'une lésion du genou droit qui avait procédé par poussées.

Antécédents paternels : Jamais de maladie infectieuse ; à l'âge de 3 ans, le gros orteil du pied droit a été gonflé, rouge et douloureux à plusieurs reprises. Le médecin qui le traitait considéra l'affection comme du rhumatisme et prescrivit des calmants.

Depuis cette époque, à des intervalles qui n'étaient éloignés quelquefois que de quinze jours à un mois et d'autres fois de six à huit mois, des poussées articulaires se produisirent aux cou-de-pieds, aux genoux, ou bien aux coudes. Elles se manifestaient par du gonflement, de la douleur, et de l'impotence fonctionnelle.

Entre temps, l'enfant avait de fréquentes épistaxis, des hémorrhagies difficiles à arrêter pour la moindre blessure et de larges ecchymoses.

A 14 ans, forte crise à l'articulation coxo-fémorale droite avec gonflement de l'aine et irradiations douloureuses dans la cuisse et le genou.

Trois ans après, nouvelle poussée dans la même articulation coxo-fémorale.

Le 10 juillet 1901, chute d'une toiture, fracture compliquée de deux os de l'avant-bras avec plaie très minime laissant suinter un léger filet de sang.

Les parents m'avertirent à ce moment de la difficulté d'arrêter chez mon malade les hémorrhagies. En effet, le pansement compressif ne suffit pas, et je dus suturer la plaie et comprimer. Guérison dans de bonnes conditions.

Le 16 novembre 1901, je fus appelé de nouveau auprès de ce même malade. Il venait d'être pris sans cause aucune d'une poussée articulaire de la hanche droite. Il est couché sur son côté gauche, la cuisse droite fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. La température est de 39°. Le pouls a 120. La fesse droite est gonflée ainsi que l'aine, il y a là un

œdème blanc et dur. La jambe n'offre rien de particulier. La douleur est excessivement intense au moindre mouvement. Le malade ne présente aucune trace d'affection blennorragique. Rien aux autres articulations.

Traitement : repos, immobilisation de la cuisse avec des coussins ; vessie de glace sur l'articulation, morphine à l'intérieur. Les douleurs et la fièvre vont en s'atténuant dans les jours qui suivent. La cuisse est diminuée de volume au dixième jour, plus de fièvre, gonflement à peine perceptible, mais existence d'une large ecchymose jaunâtre s'étendant depuis la région postérieure et interne de la cuisse jusqu'au genou.

9 août 1902. Poussée articulaire au poignet droit ; fortes douleurs, peu de gonflement. Durée 4 jours.

12 juillet 1903. Nouvelle poussée du côté de l'articulation coxo-fémorale droite (4e), avec des phénomènes identiques à ceux de la 3e (gonflement, douleurs, ecchymoses tardives et fièvre), mais moins violents cependant ; la guérison se fit en 8 jours).

En novembre, le malade, malgré nos avertissements, entra au régiment.

En décembre, nouvelle poussée dans la hanche droite. Le malade fut envoyé à l'hôpital militaire de X... Le médecin militaire diagnostique une ostéomyélite aiguë. Ouverture de la tumeur 3 jours après le début de l'affection. Le malade meurt 36 heures après, à la suite de trois hémorrhagies que l'on ne parvient pas à arrêter.

Le chirurgien m'apprit que l'articulation elle-même contenait peu de sang, mais que la capsule articulaire, le quadriceps, les adducteurs en étaient infiltrés, — et le psoas en regorgeait, principalement dans la fosse iliaque interne.

2° Hémophilie articulaire subaigue

Cette forme de l'hémophilie se rapproche encore, par ses symptômes, de certaines variétés d'ostéomyélites, et

exige un examen attentif pour éviter l'erreur. Ici encore l'affection débute spontanément, ne reconnaissant pour cause qu'un trauma minime, fatigue, léger effort musculaire, ou même aucune violence de quelle que nature qu'elle soit.

Une articulation du malade devient douloureuse, du gonflement apparaît à ce niveau. Les mouvements actifs ou passifs sont douloureux. Si la lésion s'est produite au membre inférieur, de la boiterie apparaît. Le malade s'abstient de marcher. Un léger mouvement fébrile se produit, mais il n'y a eu aucun retentissement sur l'état général.

Après un laps de temps de trois à six jours, douleur, gonflement boiterie disparaissent. Survient alors une ecchymose dans la région qui a été atteinte ; ecchymose qui pourra subsister quelque temps. Puis tout redevient normal, jusqu'à ce qu'un nouvel accès amène la répétition des mêmes symptômes.

Toujours entre deux accès la jointure est absolument normale. L'hémophilie articulaire subaiguë est beaucoup plus fréquente que la forme aiguë.

OBSERVATION II

Fluxion hémophilique de la hanche droite
(M. Frœlich, in Revue d'orthopédie 1904)

N. H..., 4 ans, fillette bien constituée.

Antécédents : père arthritique, mère légèrement hémophilique, saigne beaucoup à chaque coupure, a facilement des ecchymoses et eut une hémorrhagie à son accouchement. Un

oncle de l'enfant a de fréquents saignements de nez très abondants. L'enfant elle-même a des bleus pour le plus minime traumatisme ; à l'occasion d'une plaie du cuir chevelu, hémorrhagie très abondante qui ne cessa que par la suture et un bandage compressif.

Examen (mars 1902). — L'enfant est soumis à notre examen pour une boiterie datant de trois jours.

Après une marche assez longue (7 kilomètres environ) dans la forêt, l'enfant commença à se plaindre de la hanche droite et eut de la claudication.

L'enfant est bien en chair, plutôt forte. A l'examen de la hanche nous constatons un léger gonflement dans le triangle de Scarpa. Les mouvements sont possibles dans tous les sens, mais douloureux.

Nous pensons à une poussée de croissance, fluxion ostéo-myélitique, ou bien peut-être, connaissant les antécédents, fluxion hémophilique.

Nous prescrivons le repos au lit. Au bout de 8 jours, nous examinons à nouveau l'enfant. Le gonflement a disparu, les douleurs et la claudication également, et nous constatons l'existence au niveau du pli cours-génital d'une légère ecchymose en forme de demi-lune. Ce fait nous confirme dans l'idée d'une fluxion hémophilique de la hanche droite. Nous conseillons d'éviter à l'enfant toute fatigue exagérée de la marche.

Depuis deux ans aucun phénomène articulaire ne s'est produit du côté de la hanche, mais les ecchymoses sont encore fréquentes sur les téguments des membres, et plusieurs fois l'enfant aurait eu du gonflement douloureux au niveau des poignets.

Il y a six mois, l'enfant tomba sur la crête iliaque gauche. Il se forma un hématome de la grosseur d'un œuf de poule, qui resta dur et solide jusqu'il y a quelques semaines (25 avril 1905).

3e Hémophilie articulaire chronique

L'hémophilie articulaire chronique se présente avec une série de symptômes rappelant assez bien ceux que l'on constate dans les arthrites tuberculeuses. La confusion est très facilement commise lorsque le praticien n'aura pu établir d'une façon tout à fait précise l'histoire de la maladie. Ce fut cette confusion commise par Kœnig sur deux de ses malades qui amena cet auteur à l'étude du diagnostic de l'hémophilie articulaire. Et les médecins de l'hôpital de Berck-sur-Mer observent de temps à autre la nature hémophilique de soi-disant tumeurs blanches.

Ici encore l'affection procède par crises, dont les symptômes sont ceux de la forme subaiguë, sauf l'intensité. La fièvre, lorsqu'elle existe, est peu élevée, et il n'y a jamais de symptômes généraux. Il ne survient pas d'ecchymose, mais jamais entre les crises l'article ne récupère l'amplitude des mouvements qu'il possédait.

La gêne des mouvements est continue, et s'accentue après chaque accès. Le genou est l'articulation la plus fréquemment atteinte. Il se présente sous la forme d'une région globuleuse, tendue, à peau luisante, blanche, non œdémateuse, sillonnée de quelques grosses veines bleues anormalement développées. Dans la jointure on sent souvent de la fluctuation ou du choc rotulien ; le genou se fléchit à demi, dans la position dite de Bonnet, et repose, dans le lit, sur sa face externe ; la synoviale est épaissie ; les condyles du fémur paraissent augmentés de volume ; on constate une atrophie considérable des

muscles du mollet, et surtout de la cuisse, au niveau du triceps principalement; les tendons poplités se rétractent ; le tibia se subluxe en arrière ; un certain degré de genu valgum peut se produire (Obs. III) ; le pied se place en équinisme pour faciliter une marche qui devient de plus en plus pénible.

OBSERVATION III

Hémophilie articulaire chronique
(M. Frœlich, in Revue médicale de l'Est, 1905)

X...., garçon, âgé de 12 ans.

Antécédents : La mère présente des signes d'hémophilie. Une sœur âgée de 9 ans est indemne.

Lui-même, depuis l'âge de 3 ans, saigne souvent et abondanmment du nez. Le médecin a dû intervenir plusieurs fois pour arrêter des hémorrhagies. La moindre égratignure donne un écoulement sanguin abondant. Le corps est constamment recouvert de plaques ecchymotiques énormes.

Depuis l'âge de 4 ans, le genou droit est le siège d'un gonflement et d'une rétraction du tendon poplité. Au début, le gonflement et la fluxion étaient temporaires et disparaissaient après quelques jours de repos. Depuis deux ans, gonflement et flexion sont permanents.

Il y a six semaines, l'enfant est tombé sur les fesses ; il se forma un hématome gros comme un poing d'adulte, qui persista pendant un mois.

Examen : Actuellement garçon gros, maigre, élancé, pâle ; sur tout le thorax et l'abdomen, grosses taches jaunâtres irrégulières, ecchymotiques.

Les deux coudes sont le siège de gonflement, les mouvements sont douloureux, et, tout autour de l'articulation, il y a des placards ecchymotiques. Ces poussées d'hémophilie articulaire sont fréquentes aux coudes et durent 8 à 15 jours.

A l'index gauche, trace d'une petite coupure avec tout autour une zone noire et dure d'infiltration sanguine sous-dermique.

Le fait le plus important est l'attitude du genou droit, fléchi à 100° et en genu-valgum de 4 centimètres de flèche.

Le genou est gros, les condyles fémoraux très gonflés, durs, presque indolores à la pression. Le condyle interne est le plus gros. Toute mobilité est abolie. Aucun épanchement dans la synoviale. Au début, le médecin aurait constaté du liquide dans la jointure.

Atrophie complète du biceps.

Une radiographie montre que le gonflement des condyles n'est pas osseux.

Le traitement employé a été le redressement lent, avec appareils plâtrés successifs ; le redressement se faisait toujours sans chloroforme, sauf au premier redressement qui a été pratiqué avec narcose.

4° Hémophilie articulaire tardive.

Il s'agit d'une forme rare de l'hémophilie, sur laquelle M. le Professeur Frœlich a attiré l'attention au *IVe Congrès de la Société allemande de Chirurgie orthopédique* (15 avril 1905), et dans laquelle les phénomènes morbides n'apparaissent que tardivement chez des sujets n'ayant présenté dans leur jeunesse que de légères manifestations hémophiliques, ou même n'en ayant pas présenté du tout.

Ici encore l'affection ressemble à s'y méprendre à une tuberculose articulaire. Le sujet, jusqu'alors bien portant, ressent une douleur dans une articulation, le genou en général, et ceci sans cause. Cette douleur peut persister, ou bien s'atténuer et s'exacerber à certains interval-

les. Du gonflement apparaît. Les condyles du fémur *semblent* s'hypertropher (en réalité la radiographie montre qu'il n'en est pas ainsi). L'articulation contient une certaine quantité de liquide. Le quadriceps s'atrophie, la jambe se fléchit.

OBSERVATION IV

Arthrite hémophilique tardive
(M. Frœlich, in « Zeitschrift für orthopædische Chirurgie » XIV-Bd)

Eugène G..., 32 ans, cultivateur. Entré à la clinique de M. le Profesesur Weiss le 20 février 1905. C'est un homme maigre, pâle, élancé.

Depuis sa 17e année souffre d'une affection articulaire du genou droit.

Il est issu d'une famille saine. Eût un frère mort à 7 ans d'une pneumonie.

N'avait jamais été malade lorsqu'il fut atteint de l'influenza il y a six ans. Cette maladie lui enleva l'appétit pendant cinq mois et lui occasionna des maux de tête

A certaines périodes espacées de quelques mois, le genou devenait douloureux, s'enflammait, puis tout rentrait dans l'ordre, sauf cependant une certaine rétraction de la jambe et une limitation à l'ampleur des mouvements. Mais ces accidents n'obligeaient pas le malade à garder le lit.

Il y a un an, en sautant d'une voiture, le malade ressentit une douleur au genou. Depuis, les rechutes sont d'une plus grande fréquence et d'une plus longue durée.

Examen : Le genou est à 120°, gros, d'une circonférence dépassant de 3 centimètres celle du genou gauche.

La cuisse est fortement amaigrie. Les condyles du fémur semblent hypertrophiés, et dans l'articulation existe une quantité de liquide relativement grande.

Le cœur et les poumons sont sains.

On porte le diagnostic d'arthrite tuberculeuse et on pratique

la résection le 10 mars.

On trouve une articulation remplie de sang, et l'intérieur recouvert d'un dépôt de fibrine.

Le cartilage, mat, présente des teintes variées, gris, jaune, noir, présentant l'aspect d'une mosaïque.

A l'endroit où le condyle interne du fémur repose sur le plateau tibial, se trouve une dépression irrégulière d'où le cartilage a disparu, et où, par suite de la pression, l'os s'est atrophié sur une étendue de 1 centimètre.

Nulle part dans l'articulation on n'a trouvé de lésions tuberculeuses.

La suppression de la bande d'Esmarch n'amène qu'une hémorrhagie peu considérable. Guérison sans réaction.

Le 21 mars, suppression du drain. Un hématome existe dans le creux poplité.

11 avril. Injection sous-cutanée d'une goutte de tuberculine. Le malade ne réagit pas à cette épreuve.

Le 26 avril, quinze jours après l'injection de tuberculine, le malade meurt d'une pneumonie aiguë, cinq jours après le début de l'affection.

L'autopsie ne montre à aucun endroit de vestiges de tuberculose ancienne ou récente.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Formes aiguës*. — Nous avons peu de renseignements au sujet de l'anatomie pathologique de ces formes. Aucune autopsie s'y rapportant n'a été publiée. L'examen direct, peu de fois pratiqué, ne nous donne pas de faits très précis. Cependant, nous pouvons dire avec certitude, et notre observation I le prouve, que l'épanchement se fait peu ou pas dans la jointure, mais qu'il est surtout très abondant dans les tissus périarticulaires. C'est ainsi que, dans le cas d'hémophilie articulaire aiguë de la hanche que nous rapportons, alors que peu de sang existait dans l'articulation elle-même, les muscles quadriceps, adducteurs, psoas, en regorgeaient. Ce qui montre bien égalements le lieu périarticulaire de l'épanchement, c'est 'existence tout autour de la jointure de ce gonflement

blanc et dur, qui peu à peu disparaît pour laisser place à une vaste ecchymose pouvant s'étendre depuis la hanche jusqu'au genou. Puis ce vaste épanchement sanguin se résorbera sans laisser de reliquat : la guérison est, en effet, complète entre deux accès et quel qu'ait été le nombre des crises, l'articulation revient toujours à son état normal.

L'existence et l'intensité de la fièvre nous paraît être en rapport avec l'abondance du sang épanché. Il semble que l'on se trouve là en présence d'un cas de ces fièvres aseptiques dites fièvres de résorption que l'on constate toujours là où s'est fait un copieux épanchement de sang chirurgical ou traumatique. BROCA a déjà signalé l'existence de cette fièvre de résorption dans les cas d'hémarthrose traumatique du genou chez les enfants et le Dr PILLON a pu la reproduire expérimentalement.

2° *Forme subaiguë.* — L'épanchement paraît se faire surtout à l'intérieur de la synoviale. Le sang peut rester fluide longtemps et des ponctions pratiquées plusieurs jours après le début de la crise ramènent encore un sang non modifié.

Une autopsie de LINSNER a montré une vascularisation anormale des franges synoviales.

La résorption sanguine peut être totale et ne laisser aucun reliquat. Cependant, après un certain nombre d'accès, il est possible que l'articulation ne redevienne pas tout à fait normale, et qu'une certaine gêne et limitation les produise dans les mouvements.

3° *Forme chronique.* — C'est la forme qui a surtout été bien étudiée par KŒNIG et aussi par LIGORIO, par CHAVES et SPERONI qui ont confirmé les données produites par le premier, par TILEMAN, GOCHT et enfin par SABRAZÈS ET CABANNES, qui grâce à l'application de la radiographie,

ont déterminé spécialement la façon réelle dont se comportent les extrémités osseuses.

Les muscles périarticulaires, les tendons, les ligaments sont parsemés d'un grand nombre de foyers hémorragiques, anciens ou récents. Un liquide sanguinolent se trouve au moment des accès dans l'intérieur de la cavité articulaire, puis de caillots sanguins se produisent, et nagent dans un liquide devenu séreux, ou adhèrent à la capsule. Celle-ci, épaissie, est imbibée de sang, e présente, en certains endroits, des dépôts de fibrine.

La synoviale est épaisse, résistante, et est recouverte d'une couche fibreuse brunâtre, d'où partent des touffes de même coloration, flottant à l'intérieur de la cavité. Ce sont ces synéchies de la synoviale, et des formations de même nature partant du cartilage articulaire qui, en subissant la transformation fibreuse, occasionnent l'ankylose.

Au genou principalement, le cartilage articulaire perd bientôt sa coloration blanche et son aspect nacré, des dépôts de fibrine se forment. Le cartilage devient par places jaunes, gris, noir, et de vastes territoires du tissu cartilagineux, en forme de cartes géographiques, sont détruits jusqu'à l'os par le tissu de nouvelle formation.

Dans un cas de Tileman les dépôts fibrineux se sont organisés en corps étrangers, et le chirurgien en enlève 36 du genou de son malade.

La radiographie montre une certaine irrégularité dans la limite du tissu osseux, les os sont plus transparents, et quelque peu atrophiés : la sensation d'épaississement que constate la clinique est donc due uniquement à une hypertrophie du périoste (Obs. V).

Puis se produisent l'ankylose, la rétraction des fléchisseurs, les déviations de la jambe en valgus (Obs. III).

4° *Hémophilie articulaire tardive.* — Les lésions anatomo-pathologiques sont analogues à celles que nous avons constatées dans la forme précédente. Ici encore, dès la section des téguments, on est frappé du nombre considérable de vaisseaux qui se montrent, sur les lèvres de la plaie sous la forme d'un granité rouge. La capsule renferme un liquide hématique. Les ligaments sont infiltrés de sang. La synoviale et le cartilage articulaire sont recouverts d'un tissu fibrineux rougeâtre. Le cartilage a perdu son éclat et présente l'aspect d'une mosaïque à éléments jaunes, blancs, gris, dont chacun a des limites bien nettes.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'arthrite hémophilique, très important à poser, est assez difficile à établir. Pour y parvenir, une connaissance exacte des symptômes caractérisant les diverses formes est absolument indispensable.

Lorsqu'il existera des antécédents hémophiliques : hérédité, épistaxis répétées et abondantes, ecchymoses nombreuses, on devra toujours songer à la possibilité de l'affection, se rappeler que les symptômes cardinaux de cette affection sont : sa spontanéité, sa répétition, le gonflement articulaire blanc et dur, l'ecchymose tardive (cas aigus), enfin les données radiographiques.

1° *Ostéomyétite aiguë.* — L'analogie est grande, principalement à la hanche où l'épaisseur normale des tissus, considérablement augmentée par suite de l'affection,

gêne beaucoup l'exploration. Dans l'ostéomyélite aiguë, la fièvre est en général plus intense, la douleur, spontanée, est d'abord intermittente, puis a des exacerbations nocturnes, la peau présente des marbrures. L'on ne constate jamais cet œdème blanc et dur, ce gonflement rapide spéciaux à l'arthrite hémophilique aiguë. Signalons encore la fréquence de l'adénite inguinale dans l'ostéomyélite, et les renseignements que pourraient fournir la palpation.

2° *Arthrite tuberculeuse.* — Nous n'insistons pas sur la notion diathésique, qui est de la plus grande importance. Les poussées fugaces qui ont précédé l'éclosion de l'arthrite chronique, les gonflements temporaires de la synoviale par un nouvel épanchement dans le cours de l'affection, l'absence de toute inégalité notable dans le volume des os, de tout point ramolli, de toute fistule ou ancienne fistule, de toute sensation de fongosité, l'état général du sujet généralement bon, enfin l'intégrité des os montrée par la radiographie, tout cela nous conduira à éliminer l'idée d'arthrite tuberculeuse. Dans les cas réellement difficiles, on pourra, à l'exemple de Kœnig, pratiquer des injections de tuberculine, qui améneraient une réaction nette au niveau d'une articulation atteinte de tuberculose. La ponction exploratrice tranchera tous les doutes.

3° *Arthrite blennorragique.* — Cette affection présente de très grandes variétés clinique. L'une des formes sous lesquelles on la rencontre fréquemment, celle de l'hydarthrose, possède des caractères assez semblables à ceux de l'hémophilie articulaire chronique. Une articulation, il s'agit souvent du genou, est le siège d'un épanchement qui peut se développer par poussées aiguës ou subaiguës, de nombreuses récidives se produisent, et

entre chaque crise subsistent des raideurs articulaires. On éliminera cette hypothèse en établissant l'absence d'antécédents gonococciques et de fixité de l'épanchement qui, contrairement à ce qui se passe dans l'arthrite hémophilique, ne se résorbe pas en partie entre chaque accès.

4° *Hydarthrose intermittente.* — Ici, un épanchement survient spontanément, brusquement, dans une articulation, au genou principalement. Il n'y a pas de rougeur. Le gonflement disparaît après quelques heures, c'est-à-dire beaucoup plus rapidement que dans l'hémophilie. Les accès surviennent à des périodes régulières pour chaque malade, variant de une à trois semaines. Il n'y a aucun reliquat.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Au point de vue vital, le pronostic de l'hémophilie articulaire est celui de l'hémophilie elle-même. Nous avons rappelé plus haut combien grave était ce pronostic, puisque d'après Litten, 60 0/0 des hémophiles mourraient avant d'avoir atteint l'âge de huit ans, et 11 0/0 seulement dépasseraient 22 ans. Dès la naissance un grand nombre de sujets disparaissent par suite d'hémorragies ombilicales, et nombre de femmes hémophiles, cas exceptionnels, succombent aux hémorragies occasionnées par la menstruation ou par les suites de couches.

Cependant, à mesure que les hémophiles avancent en âge, le pronostic de leur affection devient moins sombre. Evidemment, les individus les plus tarés au point de vue

diathésique ont disparu. Mais aussi la diathèse elle-même s'atténue, et cela indépendamment de tout traitement général. Fréquemment elle guérit avant la trentième année et certains hémophiles ont dépassé soixante dix ans.

Les manifestations articulaires sont les plus tenaces parmi les symptômes hémophiliques ; et Mermingas, qui a attiré l'attention sur ce fait curieux, cite deux cas où alors que les autres manifestations avaient disparu : épistaxis, hémorragies par blessure, par avulsion dentaire, ecchymose, les poussées articulaires se produisaient encore.

Quant à l'hémophilie articulaire proprement dite, même dans sa forme aiguë, quels qu'alarmants qu'aient été les symptômes, on ne cite aucun cas où, par elle-même elle ait entraîné la mort. Elle aggrave certainement le pronostic de l'hémophilie, mais uniquement par suite de ce fait qu'elle peut être méconnue, et qu'une intervention intempestive, scientifique ou autre, si bénigne soit-elle, peut occasionner un désastre.

L'hémophilie articulaire aiguë, non seulement ne met pas la vie du malade en danger, mais guérit radicalement sans laisser de traces. L'articulation revient à son état primitif. Les mouvements s'effectuent sans aucune gêne.

L'hémophilie articulaire subaiguë, dans la grande majorité, des cas, ne donne lieu à aucun reliquat. Cependant, parfois, elle passe à la chronicité.

L'hémophilie articulaire chronique, de même que l'hémophilie tardive, a un pronostic beaucoup plus sérieux. Alors même que l'hémophilie guérirait, la lésion articulaire ne regresse pas spontanément. Elle a une marche essentiellement progressive, et aboutit aux ankyloses et déformations articulaires que nous avons étudiées précédemment.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

1° *Traitement prophylatique.* — La prophylaxie la plus stricte devra être observée. Il faut surveiller les jeux des enfants, choisir leurs jouets, ne point les corriger trop vertement, leur interdir les exercices violents, choisir les professions dans lesquelles ils ne manient pas des instruments piquants, coupants ou contondants. Ils sont inaptes au service militaire. On pourra protéger les genoux à l'aide d'une bande de flanelle ou d'une genouillère capitonnée.

Nous avons constaté (etiologie) l'influence possible du froid et de l'humidité quant à la production de la fluxion hémophilique : on en tiendra compte dans les conseils que l'on donnera aux malades.

2° *Traitement général.* — Nous ne nous attarderons pas à décrire le traitement de l'hémophilie en général qui n'intervient qu'accidentellement dans ce sujet. Un traitement réellement curatif est encore à trouver. Mais les travaux de ces dernières années et de ces derniers temps, notamment les belles recherches d'EMILE WEIL et le traitement sérique permettent d'espérer que l'on n'est pas éloigné du but. Rappelons qu'un traitement interne par le chlorure de calcium atténue notablement, s'il ne les fait disparaître entièrement, les manifestations hémophiliques. Il s'agit là d'un traitement de longue durée. Pendant trois jours on donnera, en deux ou trois fois, 2 grammes de médicament, et l'on en recommencera l'administration dans les mêmes conditions après un repos de un jour.

Si l'on s'est laissé allé à une intervention intempestive, on arrêtera l'hémorragie à l'aide de l'adrénaline en solution à 1 p. 1.000, ou encore et de préférence on emploiera une solution de chlorure de calcium à 50 0/0 à laquelle on pourra ajouter du carbonate de chaux finement pulvérisé, on fera un pansement compressif en se servant de compresses imbibées de sérum animal. Mais surtout on utilisera le traitement dont EMILE WEIL vient d'augmenter nos ressources thérapeutiques, et qui consiste en l'injection de sérum animal ; on injectera, soit 10 à 20 centimètres cubes par voie veineuse, soit 20 à 30 centimètres cubes par voie hypodermique, les doses étant moitié moins fortes chez les enfants, du sérum frais d'homme, de lapin, ou de cheval, à défaut on se servira de sérum antidiphtérique, ou même de sérum antitétanique. L'injection ne produisant son plein effet qu'au bout de 24 heures, lorsqu'une intervention sera nécessaire chez un hémophile, on la fera préventivement.

Des tares familiales existant souvent dans le milieu où

vivent les hémophiles : tuberculose, etc., un traitement général sera fréquemment indiqué.

On se souviendra que l'hémophilie, surtout l'hémophilie à manifestations tardives, est parfois un reliquat de la syphilis. Un traitement spécifique devra donc être parfois essayé. Et à ce propos remarquons que LUTON, en 1880, donne l'observation d'un malade hémophilique qui eut des manifestations articulaires « ressemblant beaucoup à des attaques de rhumatisme » et qui ont été guéries par le traitement antisyphilitique.

RUOTE (de Lyon) aurait vu un enfant guéri par le sulfate de quinine et l'arséniate de soude.

3° *Traitement de la forme aiguë.* — Peut être abrégerait-on la durée de la crise en procédant dès le début à une injection de sérum selon la méthode indiquée par EMILE WEIL. Ce traitement jusqu'à présent n'a pas encore été employé.

Le repos au lit n'a pas à être indiqué : c'est une nécessité occasionnée par la douleur et l'impotence, et à laquelle obéit le malade. On se trouvera bien d'immobiliser l'articulation dans un gouttière, ou à défaut, par des coussins. On appliquera des compresses froides ou de la glace sur l'articulation. Si l'affection semble durer en longueur on pourra utiliser la traction continue ; à l'intérieur on prescrira des calmants, et en particulier l'extrait thébaïque qui, d'après certains auteurs, aurait une influence heureuse sur l'hémophilie.

4° *Traitement de la forme subaiguë.* — Repos, calmants locaux et calmants internes, telles sont les indications.

Ici se pose la question de la ponction de l'articulation, question qui ne se posait pas dans la forme précédente où l'épanchement était surtout périarticulaire. On ne doit en

user que sobrement, l'hémorragie disparaît, en effet, très rapidement.

5° *Traitement de la forme chronique.* — C'est dans cette forme surtout que l'on pourrait être tenté d'employer des procédés dangereux. Il est évident que la question de l'intervention sanglante ne se pose pas. Une réaction, une arthrotomie, seraient néfastes. Mais d'autres moyens plus banaux peuvent amener de funestes résultats.

Un malade de PONCET, en 1871 est mort à la suite de l'application de pointes de feu superficielles. La même thérapeutique occasionne, à SABRAZÈS et CABANNES, des craintes très vives au sujet d'un de leurs malades (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1898). Malgré l'atrophie musculaire le massage lui-même devra être écarté, afin d'éviter toute écorchure, et tout effleurage pouvant être l'origine d'un hématome.

Bien que de banales ponctions aient été suivies de mort, KŒNIG essaie de modifier les lésions, lorsque la synoviale est altérée et épaissie, par des ponctions évacuatrices suivies de lavages à l'eau phéniquée faible. Les résultats ne sont pas probants.

Mieux vaux l'immobilisation enrectitude dans une gouttière, et un pansement ouaté compressif.

Lorsque la déviation articulaire se sera produite le redressement ne devra être effectué que par des manœuvres non brutales. Il est inutile de parler de ténotomie ou autre intervention sanglante. De même on repoussera le redressement brusque sous le chloroforme. Deux procédés nous restent. Extension continue au lit, et appareils portatifs.

Le redressement par extension continue au lit demande certaines précautions. L'étrier de diachylum pouvant provoquer des érosions et des suintements. ou le rempla-

cera par une guêtre de flanelle. On surveillera attentivement la compression que pourrait exercer la guêtre sur la peau, et l'augmentation possible de la subluxation du tibia s'il s'agit du genou.

Quant aux appareils portatifs, les plus simples sont les appareils platrés. Le redressement lent avec appareils successifs a donné de bons résultats chez le malade de l'observation III.

D'autres appareils en cuir moulé très ingénieux, ont été décrits et figurés par GOCHT, mais ne sont applicables que lorsque la flexion est inférieure à un angle droit. Si cette flexion était supérieure, on la ramènerait à l'angle droit par la traction continue et on utiliserait l'appareil. Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire la description qu'on a donné M. le Professeur FRŒLICH.

« Les appareils sont composés d'un cuissard aussi étendu que possible et d'une jambière moulée, les deux réunis par une charnière dont la parabole suit l'excursion normale du genou.

« L'appareil porte une bottine avec vis à extension permettant de tirer mécaniquement sur la jambe dans sa longueur ; la bottine est fixée par des tuteurs latéraux à glissière à la jambière.

« Le redressement du genou est obtenu par un ressort qui n'est autre qu'une lame de fleuret allant à la partie antérieure de la jambe, du genou et du cuissard, où elle est fixée en haut et en bas de l'appareils sur deux demi-cercles métalliques qui dépassent de quelques centimètres, celui du bas la jambière, celui du haut le cuissard ».

Contre l'atrophie musculaire on emploiera l'électricité.

6° *Traitement de la forme tardive.* — Les procédés utilisés contre la forme chronique trouvent ici leur emploi ; de même que pour des raisons analogues toute

intervention sanglante doit être écartée. Dans notre observation V, MM. G. MICHEL et L. MICHEL ont fait porter à leur malade un appareil en cuir moulé afin d'obtenir une sédation des douleurs et une ankyse en bonne position. Le résultat a été tout à fait satisfaisant.

Un autre procédé nous paraît devoir être indiqué ici. Nous voulons parler de l'hypérémie par stase, selon la méthode de BIER. On sait que cette stase favorise considérablement la résorption des épanchements articulaires du sang. Mais on devait redouter que chez les hémophiles l'emploi de la méthode de Bier n'eut pour effet d'aggraver la situation en donnant lieu à de nouvelles hémorragies. Il n'en est rien, et récemment le Docteur A. COHN (de Berlin) l'a employée avec un succès inespéré, au traitement d'une volumineuse hémathrose, traumatique il est vrai, de l'épaule survenue chez un hémophile de 19 ans. Aucune complication ne s'est produite durant le traitement.

OBSERVATION V

Arthrite hémophilique chronique des deux genoux et des coudes.
(M. Frœlich, in Revue d'orthopédie, juillet 1904)

Adrien S..., âgé de 7 ans, nous est adressé par le docteur Winstel pour une lésion du genou.

Antécédents : Mère bien portante, père paralytique général, aucune lésion articulaire dans la famille ; aucune tare tuberculeuse avérée. L'enfant a toujours été délicat et malingre, tousse facilement, de plus il saigne fréquemment et abondamment du nez. Pour le moindre choc et même souvent sans traumatisme notoire, il présente des ecchymoses multiples.

Depuis 3 ans, il a commencé à souffrir des genoux. Tout d'abord, les douleurs étaient passagères, les genoux gonflaient, des douleurs empêchaient la marche, il existait un peu de fièvre, mais pas chaque fois. Au bout de 8 à 15 jours, quelquefois après 5 jours déjà tout rentrait dans l'ordre, et la marche se faisait sans douleur et sans boiterie. Au moment d'un de ces acces, un médecin, à Paris, fit une ponction du genou gauche ; il en retira du sang en abondance. Trois ou quatre fois, l'un ou l'autre coude présenta des phénomènes identiques : gonflement, douleurs et impotence. Depuis 6 mois, le genou gauche est plié et la marche est difficile.

Examen, juillet 1903 : Petit garçon malingre, figure pâle, maigre, les deux genoux paraissent plus gros que normalement ; le genou gauche est ankylosé à 140°, impossibilité absolue de le mobiliser, soit en flexion, soit en extension. Au palper, les deux condyles du fémur sont épaissis ; le cul-de-sac sous-tricipital a sa synoviale légèrement épaissie, pas de trace de liquide dans l'articulation. Le genou droit est augmenté de volume, la synoviale est épaisse et le choc rotulien indique une petite quantité de liquide dans la jointure. L'extension complète du bras gauche est impossible et on perçoit un épaisissement de la synoviale des deux côtés de l'olécrane. Sur le thorax, sur la paroi latérale du ventre, on voit trois énormes placards ecchymotiques dont l'enfant ne connaît pas la provenance. Aucune lésion à l'auscultation des poumons et du cœur.

Le diagnostic d'arthrite hémophilique à la période de rétraction du côté du genou gauche est évident. Nous proposons comme traitement le redressement lent du genou par un appareil portatif. La mère, de passage seulement à Nancy, et qui habite le Vésinet, ne peut s'y décider.

OBSERVATION VI

Arthrite hémophilique chronique du genou
(M. FRŒLICH, in Revue d'orthopédie, 1er juillet 1904).

Louis B..., âgé de neuf ans, est traité par notre collègue, le Dr Schull, pour une lésion du genou droit ; nous sommes ap-

pelés à le voir à la consultation et à le traiter dans le courant de l'année 1900.

Antécédents : Père bien portant ; la mère a eu une hémoptysie, un frère bien portant a fréquemment des saignements de nez assez difficiles à arrêter.

Notre malade, ainsi que son frère, a des ecchymoses fréquentes. Il souffre de douleurs dans le genou droit depuis plusieurs mois, il a été immobilisé au lit et on lui a mis plusieurs fois des pointes de feu.

L'affection a procédé par plusieurs poussées douloureuses de quelques jours de durée, mais jamais la gêne de la marche ne disparaît complètement entre les poussées.

Examen : Enfant très grand pour son âge, pâle de téguments, forte ossature. Le genou droit est augmenté de volume. Les condyles du fémur, surtout le condyle interne, semblent augmentés de volume. Petite quantité de liquide dans la jointure, atrophie notable du triceps. Les mouvements spontanés sont quelque peu douloureux, mais il n'existe aucune raideur et aucune limitation des mouvements. Légère flexion à 170° du genou droit. Le genou du côté gauche a été aussi le siège de quelques douleurs, mais très passagères, ce qui avait fait penser un instant à l'existence d'arthrites rhumatismales. A l'auscultation : respiration soufflée au sommet droit. Pensant alors à l'existence d'une arthrite bacillaire au début et confirmant ainsi le diagnostic de notre collègue, nous immobilisons le genou droit dans un appareil qui déchargeait en même temps la jointure en permettant la marche et nous conseillons l'application périodique de révulsifs.

Une radiographie montra que les os du genou, fémur et tibia, étaient normaux.

Ce garçon alla passer plusieurs mois à intervalles éloignés à Berck, où un des chirurgiens les plus distingués opina également pour l'existence d'une tumeur blanche. Nous avons eu des nouvelles du malade en décembre 1903. Il est actuellement parfaitement guéri et, après avoir eu plusieurs fluxions du côté du genou droit, ce dernier, depuis un an, est complètement normal. Sa tendance aux hémorragies nasales et aux ecchymoses a diminué.

Il n'y a pour moi aucun doute que ce garçon a été atteint d'arthrite hémophilique qui, après cinq ans, a évolué vers la

guérison en même temps que la diathèse hémophilique diminuait. Le frère plus jeune continue à avoir de temps à autre le genou douloureux et il a fréquemment encore des épistaxis.

OBSERVATION VII

Arthrite hémophilique tardive
(Prof. D^r FRŒLICH, Nancy, in Zeitschrift für orthopadische Chirurgie, XIV, Bd.).

Ernest H..., 25 ans, entre à la clinique chirurgicale de Nancy le 18 septembre 1904. Depuis deux ans, il ressent des douleurs dans le genou droit. L'articulation est plus volumineuse que l'autre.

A eu, il y a quatre ans, un abcès à la cuisse. Une fistule en était résultée, mais elle s'est fermée après plusieurs mois. Une cicatrice subsiste encore aujourd'hui à la face antérieure de la cuisse, à 8 centimètres au-dessus de la rotule.

Il y a deux mois application de pointes de feu sur le genou à l'aide du thermo-cautère. Actuellement, les cicatrices sont encore sanguinolentes.

Encore garçonnet, H... avait fréquemment des épistaxis très abondantes, pour lesquelles on dut à plusieurs reprises avoir recours au médecin.

Les coudes et les genoux ont été plusieurs fois le siège de tuméfactions douloureuses. Un de ses frères a présenté les mêmes symptômes.

Père et mère sains.

Le genou droit a une circonférence de 5 centimètres plus grande que celle du genou gauche. De chaque côté du ligament rotulien on croit sentir des fongosités dans l'articulation. Les condyles du fémur, et en particulier le condyle interne, paraissent fortement augmentés de volume. La bourse sous-tricipitale est légèrement fluctuante. Le muscle quadriceps est très atrophié. Il n'y a pas de ganglions à l'aine, et on ne constate aucune lésion au poumon ni au cœur. Le malade est très bien constitué.

Malgré les présomptions d'hémophilie, je crus cependant à l'existence d'une tumeur blanche, et ceci à cause du début tardif de la lésion articulaire (le malade a 25 ans) et à cause de l'ancien abcès froid.

La violente douleur occasionnée par le mal, et l'âge du patient qui se prêtaient au mieux à une intervention, me décide à procéder à une résection du genou, que je pratique le 25 septembre.

Bande d'Esmarch. Déjà pendant la section de la peau et des ligaments, je remarque le nombre considérable des vaisseaux sectionnés se présentant comme autant de points rouges sur les lèvres de la plaie.

La capsule regorgeait d'un liquide noirâtre. Après son ouverture s'écoule une grande quantité de sang peu modifié. La synoviale et le cartilage articulaire m'apparaissent alors comme recouverts d'un tissu de caillots colorés en rouge, tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans une hématocèle. Le ligament adipeux et le ligament en croix sont infiltrés de sang.

Après que l'on eut lavé et essuyé avec une compresse, on constate que le cartilage du condyle a perdu son éclat. Il a l'aspect d'une mosaïque, dont les éléments, à limites nettes et distinctes, seraient de colorations différentes : jaune, blanc, gris-noirâtre, le tout semblable à une carte géographique sur laquelle chaque pays aurait une couleur particulière. Sous le condyle interne, le cartilage du plateau tibial a complètement disparu. Là se trouve une petite dépression, présentant en surface et en profondeur les dimensions d'une pièce de un franc où l'os, à nu, peut être tâté à la sonde.

Nous ne trouvons nulle part de dégénérescence caséeuse ou de formations tuberculeuses.

Après cette constatation, il était évident que nous avions affaire à une arthrite hémophilique. Je fermai la synoviale au catgut, et suturai la peau à la soie. Drainage des deux côtés. Pansement compresif et gouttière plâtrée.

L'hémorragie post-opératoire fut importante, mais non alarmante. La cicatrisation de la blessure s'effectue sans accident, excepté cependant lorsque l'on enleva le drain : du sang suinta des ouvertures pendant cinq semaines.

Le 2 décembre 1904, j'injecte dans la cuisse gauche une

goutte de tuberculine (dans 0.50 p. 100 d'acide phénique), Sans réaction apparente.

Une radiographie des deux genoux montre que les os de l'articulation droite ne sont pas augmentés. Ils présentent un aspect normal, tout à fait semblable à celui du genou gauche, qui est sain.

OBSERVATION VIII

Arthrite hémophilique tardive.

G. Michel et L. Michel, in Revue médicale de l'Est, avr. 1907)

X..., homme de 33 ans, forgeron. Atteint d'arthrite du genou gauche dont le début remonterait à une dizaine d'années. Etant soldat, il reçut un choc violent causé par la chute d'un rail sur le côté externe de son genou. Il fut traité pour les suites de cet accident, pendant treize mois, à l'hôpital militaire.

On lui fit des ponctions qui évacuèrent un liquide séreux ; on lui mit des pointes de feu et on lui appliqua un appareil.

Dans la suite, le genou resta un peu raide, mais la marche s'effectuait assez bien.

Il y a quatre ans, subitement et sans cause traumatique, il ressentit de fortes douleurs dans ce genou, et dut s'aliter pendant plusieurs mois. L'articulation étant fortement gonflée, son médecin fit une ponction exploratrice et retira du sang ; il le traita par des vésicatoires, des pointes de feu et lui mit un appareil silicaté.

Les pointes de feu saignèrent abondamment et l'on eut quelque peine à arrêter le sang.

L'année dernière, il ressentit quelques douleurs articulaires dans les hanches et les chevilles. Depuis ce moment, le genou gonflait le soir et il restait toujours plus gros, plus épaissi et plus raide que l'autre.

D'autre part, le malade saignait du nez assez abondamment, et les moindres plaies lui faisaient perdre beaucoup de sang.

Sa mère, ses frères et ses sœurs étaient également sujets aux hémorrhagies pour des causes insignifiantes.

Lorsqu'il entra dans le service de M. le professeur Weiss, le 8 septembre 1906, on constata que son genou paraissait augmenter de volume. Cependant, les os eux-mêmes étaient normaux et intacts, comme le montra la radiographie. La capsule était épaissie et légèrement distendue par un liquide qui paraissait être du sang, puisqu'il produisait une ombre sur l'épreuve radiographique

La rotule était fixée par l'épaississement de la capsule.

Les mouvements du genou étaient très limités et douloureux.

L'absence de toute sensation de fongosités ou d'abcès dans une arthrite aussi ancienne, l'excellent état général du sujet, les données fournies par la radiographie, enfin et surtout les antécédents du malade permirent d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur blanche et de rejeter toute idée d'intervention, telle que la résection du genou qui avait été proposée. Le diagnostic d'arthrite hémophilique fut porté.

On fit simplement porter au malade un appareil en cuir moulé, afin d'obtenir une ankylose en bonne position et de diminuer les douleurs. Actuellement, cette ankylose est déjà très avancée, mais le malade se plaint encore de se fatiguer rapidement et de souffrir souvent du genou.

25 mai. L'ankylose est complète. Les douleurs ont disparu.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Weiss)
Arthrite hémophilique tardive du genou

K..., 44 ans, menuisier.

La mère est morte à 66 ans d'une attaque ; son père vit encore actuellement ; sa femme tousse beaucoup depuis six ans, mais n'a jamais craché de sang. A eu sept enfants, dont quatre sont morts (un à 3 ans et demi d'une méningite). Les trois autres sont bien portants.

Dans les antécédents personnels, nous notons une fièvre typhoïde à sept ans.

A 13 ans, il fit une chute sur le genou gauche ; après cette chute, serait apparue une grosseur (?) qui aurait persisté jusqu'à 20 ans. Au conseil de révision, on l'a réformé pour corps étranger du genou ; on avait perçu des craquements dans cette articulation. Ce corps étranger a disparu complètement un beau jour.

En 1900, le malade eut une pleurésie gauche ; pour cette affection, il fut soigné pendant 4 mois ; on ne pratiqua pas de thoracenthèse. Depuis, il s'enrhume facilement. Il n'a pas eu d'hémoptysie. Pendant la convalescence de cette pleurésie, un abcès de la marge de l'anus s'est formé et a suppuré pendant deux ans.

Maladie actuelle. — En août 1904, fut sans raison apparente, pris d'une douleur à la partie interne du genou gauche. Ce genou était un peu enflé, mais comme le malade n'interrompit pas son travail, le gonflement atteint le volume d'une tête d'adulte. Application de teinture d'iode. Un médecin diagnostiqua une hydarthrose, ne pratiqua pas de ponction, mais fit un pansement ouaté compressif. Contrairement à l'avis du médecin, le malade ne conserva pas le repos ; aussi le soir, après le travail, la jambe et même la cuisse étaient très œdématisées.

Le 24 août 1905, on lui conseilla une cure à Plombières. Au bout de quatre ou cinq jours, il dut cesser le traitement, sur l'avis d'un médecin, qui constata un abcès à la partie inférieure et interne du creux poplité gauche. Quinze jours auparavant était apparue une petite grosseur peu sensible à la pression. Cet abcès s'est ouvert seul après une douche ; il s'en est écoulé un quart de verre de pus bien lié. Le médecin a exploré le trajet avec un stylet et a tranquillisé le malade en lui annonçant que la lésion ne communiquait pas avec le genou. La suppuration, abondante, persista dix jours, puis il n'y eut plus qu'un très léger suintement qui persiste encore à son entrée à l'hôpital.

Pendant le séjour à Plombières, la température n'a pas dépassé la normale.

De retour à Nancy, le malade vient se faire examiner à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Weiss. Le genou

est toujours œdématié. Les douleurs persistent. On pense à une tumeur blanche et on applique un appareil plâtré. Le malade souffre de plus en plus ; on le lui enlève le 7 novembre 1905.

On trouve alors le genou un peu rouge, légèrement gonflé ; les culs-de-sac de la synoviale ne sont pas distendus. Le genou, peu déformé, ne donne pas l'impression d'une tumeur blanche avec son aspect en fuseau ; la pression des condyles fémoraux est supportable ; la douleur existe, très vive, au niveau du plateau tibial et de l'interligne articulaire. Le malade accuse des lancées apparaissant spontanément. A la palpation, on n'a pas la sensation de fongosités. On trouve de la fluctuation, surtout à la partie externe de l'articulation.

Par ailleurs, le malade ne présente rien d'anormal ; il a maigri de onze kilos de janvier à février 1905.

Malgré l'absence de fièvre, à cause surtout des douleurs lancinantes, on pense à la présence de pus dans l'articulation. On décide une arthrotomie, pratiquée le 9 novembre 1905. Les trois incisions classiques sur les bords latéraux de la rotule, et au-dessus d'elle, au niveau de la bourse sous-tricipitale. Au lieu de pus, il s'écoule 50 grammes environ de sang liquide, ne renfermant pas de caillot, ayant une teinte un peu plus foncée que celle du sang normal. La synoviale est épaissie. On draine la jointure sans suturer. D'autre part, on curette le trajet de la fistule du creux poplité qui ne communique pas avec l'articulation. Immobilisation avec une attelle plâtrée postérieure, qui permet le renouvellement du pansement.

Après l'intervention, légère élévation de la température le 10 au soir, à 38°6. Puis, à aucun moment ensuite, la température n'a atteint 38°. Le malade dit souffrir beaucoup, surtout pendant la nuit.

Le premier pansement est fait le 13 novembre. Il n'y a aucune suppuration, et la plaie opératoire a très bonne mine. Ce pansement est renouvelé ensuite tous les huit ou dix jours.

Les douleurs, très vives au début, diminuent un peu le 28.

Le 1er décembre, la douleur est très vive à la pression au niveau de la rotule ; il semble y avoir de nouveau un peu de liquide dans l'articulation. Les plaies sont en parfait état, sans une goutte de pus.

Le 22 décembre, un peu de suppuration sur la plaie externe, mais superficielle. La jambe est immobilisée par un appareil de bandes plâtrées dans lequel on ménage une fenêtre au niveau du genou. Cette suppuration est tarie le 28.

Le malade souffre toujours.

Cet état persiste très longtemps, et on remarque surtout le peu de tendance à la cicatrisation, et la persistance des douleurs sourdes d'une façon continue avec exacerbations fréquentes.

C'est seulement en mars 1906 que le malade peut marcher avec des béquilles, la jambe immobilisée dans un appareil ouaté de Guérin, et c'est à peine s'il peut poser le pied à terre.

Il sort fin avril dans cet état.

CONCLUSIONS

L'Hémophilie articulaire aiguë se présente cliniquement sous quatre formes, dont les trois premières sont spéciales aux hémophiles avérés :

1° L'Hémophilie articulaire aiguë, aux allures d'ostéomyélite aiguë, caractérisée par la spontanéité de son apparition, les douleurs violentes, l'impotence absolue, la tuméfaction rapide, blanche et dure, les symptômes généraux intenses, l'ecchymose qui annonce la fin de la crise. Celle-ci terminée, l'articulation revient absolument à son état primitif ;

2° L'Hémophilie articulaire subaiguë, où les symptômes précédents sont mitigés. L'impotence n'est pas absolue, la fièvre est moins intense ;

3° L'Hémophilie articulaire chronique. Ici plus de symptômes généraux, plus d'ecchymose critique. Mais des reliquats subsistent après chaque accès qui, à la longue, amènent, par contractures musculaires et subluxations osseuses, des déformations articulaires, des attitudes vicieuses, et même l'impotence du membre ;

4° L'Hémophilie articulaire tardive présentant à peu près les mêmes symptômes, mais apparaissant tardivement chez des personnes n'ayant présenté que de légères traces d'hémophilie, ou même aucune.

Pour le diagnostic, très important, puisqu'il commande un traitement spécial, on se basera sur les antécédents hémophiliques du sujet, sur les accidents hémophiliques qu'il présente au moment de l'examen (ecchymoses multiplés) sur l'intégrité des os, dévoilée par l'examen radiographiques, sur la ponction et l'injection de tuberculine.

Le pronostic de l'Hémophilie articulaire dans toutes ses formes n'est autre, au point de vue vital, que celui de l'Hémophilie en général. Il est serieux, quant à l'intégrité de la jointure dans les troisième et quatrième formes.

Le traitement évitera toute intervention sanglante. Il visera la diathése. Dans toutes les formes, au moment des crises, on immobilisera, on pratiquera une compression modérée, on emploiera les calmants locaux et internes.

Quand il y aura déformation, on traitera celle-ci au moyen de la traction continue, ou d'appareils portatifs dont le modèle de Gocht est un des meilleurs.

Dans certains cas spéciaux, on sera autorisé à traiter l'arthrite au moyen de l'hyperémie par stase suivant la méthode de Bier.

Vu :
Nancy, le 30 mai 1907.
Le Président de la Thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 30 mai 1907.
Pour le Doyen
L'Assesseur délégué,
BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 3 juin 1907.
Le Recteur de l'Académie,
ADAM.

Index Bibliographique

TARDIEU. — Observations de diathèse hémorrhagique avec douleurs articulaires. (Archives de médecine, 1841.)

GRANDIDIER. — De dispositione ad hœm. leth. hered. Diss. inaug. (Cassel, 1832.) — Die Hemophilie. (Cassel, 1855.)

SCHNEPF. — Recherches historiques sur l'hémophilie. (Gazette médicale, Paris, 1855.)

PONCET. — Observations d'hémophilie. (Société médicale des sciences de Lyon, 1871.)

HOMOLLE. — Hémophilie. (France médicale, 1879.)

LUTON. — Rhumatisme hémophilique. (Union médicale et scientifique du Nord-Est, Reims, 1880.)

BOLWBY. — Saint-Bartholomew's Hospital, rep., 1890.)

KŒNIG. — Sammlung Klin. Vortræge, 1892, n° 36.

KAREWSKY. — Chirurgische Krankheiten des Kindesalter. Stuttgart, 1894.

GAYET. — Gazette hebdomadaire méd. et chir., 1895.

SHAW. — A case of hœmophilia with joint lesions. (Bristol. medic. chir. Journal, 1897.)

P. LINSNER. — Beitrag zur Kasuistik der Blütergelenke. (Beitr. zur Klin. Chir., Bd XVII, 1896, p. 105.)

LIGORIO. — Contribution à l'étude des arthropathies des hémophiles. (Settimana medica, 1898, cité in thèse Thébaud.)

SABRAZÈS et CABANNES. — Arthropathie des hémophiles. Leur diagnostic radiographique. (Gaz. hebd. des sciences médic. de Bordeaux, 1898.)

THÉBAUD. — Contribution à l'étude des arthropathies hémophiliques. (Thèse de Bordeaux, 1898, n° 52.)

NOVÉ-JOSSERAND. — Arthrite hémophilique. (Lyon médical, 1899, p. 231.)

GOCHT. — Ueber Blütergelenke und ihre Behandlung. (Arch. f. Klin Chir., Bd LIX, 1899, H. 2.)
F. TILEMAN. — Zur frage der Blütergelenke. (Deutsche Arztezeitung, 1900, n° 19.)
K. MERMINGAS. — Arch. f. Klin. Chir. Band LXVIII, H. 1 ; Beitrag zur Kenntniss der Blütergelenke, 1902.)
Joint Disease and Hemophilia. (American Journal of orthopedic Surgery, nov. 1903, p. 215).
CHAVES et SPERONI. — Etude d'un cas de rhumatisme hémophilique. (Analyse in Semaine médicale, 1903, p. 424.)
FRŒLICH. — Hémophilie articulaire. (Revue d'orthopédie, 1er juillet 1904.)
BROCA. — Arthropathies des hémophiles. (Presse médicale, 8 octobre 1904.)
LOSSEN. — Deut. Zeitschr. f. Chir., 1905, vol. LXXV, p. 1.
FRŒLICH. — Abnorme Formen von Blütergelenken. (Zeitschrift für orthopædische Chirurgie, XIV Bd., 1905.)
FRŒLICH. — Arthrite hémophilique. Présentation. (Revue médicale de l'Est, 1er septembre 1905.)
SAHLI. — Zeitsch. f. Klin. méd. LVI. 3-6.)
P. EMILE WEIL. — Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 9 et 23 octobre 1905.
G. MICHEL et L. MICHEL. — Arthrite hémophilique. Présentation. (Revue médicale de l'Est, 15 avril 1907.)
BROCA. — Rapport sur le traitement proposé par P. Emile Weil sur l'hémophilie, à la Société de Chirurgie, 6 mars 1907.

Table des Matières


24ColorCard CameraTrax.com